FACULTE MIXTE
de
MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
de Marseille

3

DE L'INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE DE LA PÉRITONÉOSCOPIE

dans les affections hépato-biliaires

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

le 20 Janvier 1956

par

VIAU Lucien

né le 1er Octobre 1927, à Port-de-Bouc (B.-du-Rh.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse — MM. **PIERI**, Président ;
BRAHIC, Assesseurs,
LAVAL »
H. MONGE »
H. SARLES »

LINO - IMP.
Boul. Desplaces
MARSEILLE (X^e^)

FACULTE MIXTE
de
MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
de Marseille

DE L'INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE DE LA PÉRITONÉOSCOPIE

dans les affections hépato-biliaires

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

le 20 Janvier 1956

par

VIAU Lucien

né le 1er Octobre 1927, à Port-de-Bouc (B.-du-Rh.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. **PIERI**, Président ;
BRAHIC, Assesseurs,
LAVAL »
H. MONGE »
H. SARLES »

R. UNIV

LINO - IMP.
Boul. Desplaces
MARSEILLE (Xe)

PERSONNEL ENSEIGNANT

Doyen : G. MORIN — Assesseur : J. DELPHAUT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, OLMER, RIMATTEI, ROCHE, MONGES.

Secrétaire Principal : J. COMTE — Bibliothécaire : Mlle PERRIN

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et pathologie générale	BRAHIC
Botanique et cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie analytique et hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique chirurgicale	N...
Clinique chirurgicale	MOIROUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	SALMON
Clinique chirurgicale thérapeutique et chirurgie expérimentale	DE VERNEJOUL
Clinique dermato-syphiligraphique	CHARPY
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du systèmes nerveux	POURSINES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale	POINSO
Clinique chirurgicale thérapeutique	OLMER J.
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine légale et médecine du travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	CARCASSONNE
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
DEPIEDS
DESANTI
DONNET
GAMBARELLI
MM. CREBUS
LISSITZKY
MOURGUE
MERCIER J.
PASTOR
PAYAN
TAMALET

AGREGES EN EXERCICE

MM. APPAIX
BERNARD René
CHARPIN
CHAUVIN
CREMIEUX
DEVIN
GRANJON
LAVAL
MARONNEAUD
MM. METRAS
MONGES H.
MOUREN
OLLIVIER
ORSINI
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT

AGREGES LIBRES

MM. BERTHIER
DOR
FIGARELLA
HENRY
MM. IMBERT
LAMY
LENA
VAGUE

Chargé des fonctions de Maîtres de Conférences

Histologie ..... M. STAHL

A MA MERE, A MON PERE

Je leur dois tout. Qu'ils trouvent ici la récompense des sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MA FEMME

A MA FILLE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547010_0004

A NOTRE MAITRE, LE PROFESSEUR PIERI

Il nous a fait l'honneur de bien vouloir présider notre thèse, il nous a fait aimer la médecine. Qu'il soit permis à un de ses élèves de lui témoigner sa respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRAHIC

Qu'il trouve ici le remerciement de la gentillesse qu'il a toujours témoigné à notre égard.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LAVAL

Qu'il soit remercié d'avoir voulu faire partie du jury de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE HENRY MONGE

Qu'il soit remercié d'avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY SARLES

Médecin des Hôpitaux

Qu'il soit remercié d'avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

Qu'il soit remercié de nous avoir passé ses observations cliniques.

INTRODUCTION

L'exploration de la cavité abdominale, bien qu'elle date de près de 50 ans, n'est pas encore répandue d'une manière satisfaisante.

Ce procédé, expérimenté pour la première fois en 1910 sur l'homme, par JACOBŒUS, a évolué jusqu'à nos jours, et de nombreuses publications tendent à montrer que cette méthode d'exploration largement employée par MARCELLO ROYER, en Argentine, devrait être, dans les cas précis que nous allons développer au cours de notre exposé, un moyen d'exploration clinique aussi routinier que la recherche de la glycémie ou de l'azotémie.

L'importance de la péritonéoscopie n'a pas échappé à notre Maître, le professeur PIERI, qui a bien voulu nous faire l'honneur de nous intéresser à la question et de nous charger de faire un rapide exposé sur cette exploration clinique qui est en pleine évolution dans notre école.

La péritonéoscopie a maintenant une technique parfaitement mise au point, ses indications et ses contre-indications ont été établies d'une manière rationnelle.

Le matériel employé est simple, peu encombrant et surtout peu coûteux.

Cette méthode d'exploration trouve sa valeur dans certains problèmes de pronostic et de diagnostic de l'hypocondre droit et du petit bassin. Nous ne ferons que citer, pour mémoire, les publications ayant trait à l'intérêt diagnostique de la péritonéoscopie ou coélioscopie dans le domaine du petit bassin, car cette étude dépasserait alors les limites que nous a fixées notre Maître, le professeur PIERI.

Nous nous bornerons donc à faire un rapide exposé sur l'intérêt diagnostique de la péritonéoscopie dans le domaine hépato-biliaire.

Nous ne saurions trop insister sur la bénignité de cette méthode d'exploration, et nous citerons pour exemple la péritonéoscopie pratiquée par M. Henri SARLES, médecin des Hôpitaux de Marseille, sur une malade enceinte de deux mois et demi et chez qui la grossesse a continué à évoluer normalement jusqu'à terme. Le malade, mis en confiance, subira cette petite intervention à peine plus compliquée qu'une ponction d'ascite et pourra, dans l'heure qui suit, rentrer chez lui.

La valeur de cette exploration est moins liée à sa technique qu'à l'habileté du péritonéoscopiste à son entraînement, à son opportunité, à interpréter les lésions organiques qu'il découvrira. De ses observations, découlera la conduite à tenir.

Nous diviserons notre exposé en deux grands chapitres : le premier, qui sera un résumé bibliographique des résultats obtenus par les différents auteurs qui ont utilisé la péritonéoscopie, et le second qui comprendra la publication d'une vingtaine d'endoscopies pratiquées par le docteur Henry SARLES, suivie de commentaires qu'il m'a obligeamment inspirés.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La laparoscopie, c'est-à-dire l'exploration de la cavité abdominale au moyen d'un système d'optique, est une méthode d'exploration ancienne : elle est pratiquée depuis près de 50 ans, mais ne s'est pas encore répandue d'une façon satisfaisante.

Elle fut tentée pour la première fois par KELLING en 1901 sur des animaux, et par JACOBŒUS sur l'homme, en 1910.

Cependant, l'expérience des auteurs leur a montré qu'elle peut et doit devenir un examen simple, routinier, pour résoudre certains problèmes de pronostic et de diagnostic au cours des affections de la région de l'hypocondre droit et du petit bassin, qui constituent les territoires d'élection de la méthode.

La porte d'entrée dépend du problème diagnostiqué à résoudre, en principe, elle doit être à une certaine distance de la lésion à examiner, la vision trop rapprochée déforme l'aspect des organes.

Elle peut être effectuée dans les cas les plus graves, sans en modifier l'évolution.

Elle dispense surtout le malade de l'hospitalisation et de préparation pré-opératoire.

Elle a reçu divers noms :

— Cœlioscopie (KELLING, 1901),
— Ventroscopie (OTT, 1901),
— Laparoscopie (JACOBŒUS, 1910),
— Organoscopie (BERHEIM,, 1911),
— Péritonéoscopie (ORNDOFF, 1920),
— Abdominoscopie (STEINER, 1924),
— Splanchnoscopie.

Les auteurs nord-américains utilisent exclusivement le terme de péritonéoscopie. On peut faire une réserve sur l'appellation

puisque l'observateur voit, non seulement, le péritoine, mais aussi par transparence les organes.

Au cours de ces dernières années, la méthode a progressé grâce aux travaux de KALK, HORBSCH, RUDDOCK, BENEDICT.

Malgré tous ces progrès, cette méthode d'examen s'est peu répandue.

Nous croyons cependant intéressant de faire connaître un procédé qui peut apporter des bénéfices aussi bien aux malades qu'aux médecins.

Jusqu'alors, d'après M. ROYER, cette méthode d'exploration a eu peu d'adeptes pour les raisons suivantes :

— L'ignorance où sont les médecins de cette méthode, leur fait croire qu'il s'agit d'un procédé difficile aussi bien quant à sa technique qu'à son interprétation.

— La majorité des Endoscopistes pratiquait la péritonéoscopie avec grande mise en scène, ce qui créait des difficultés pour qui n'était pas à même de travailler dans ces conditions.

Toujours d'après M. ROYER, qui malgré tout, en 1952, appuyait son expérience sur 600 péritonéoscopies, la méthode est à l'heure actuelle à peine plus compliquée qu'une ponction d'ascite.

La technique de la péritonéoscopie est décrite par KALK (1929), KORBSCH (1927), RUDDOCK (1937), ROYER et SOLARI (1944).

Pour la péritonéoscopie gynécologique, on peut se référer à RUDDOCK-PALMER (1947).

HORAN et EDDY (1941) ont réussi à obtenir des photographies en couleurs de la vision endoscopique.

CASTEX, MAGGI et STOCKERT (1941) décrivent une méthode pour obtenir des photographies en noir et blanc.

Pour que la péritonéoscopie soit profitable, il est nécessaire de la pratiquer dans un but bien défini, et savoir l'organe que l'on veut atteindre ou que l'on croit en cause.

Il est des cas où la péritonéoscopie ne saurait être employée, c'est le cas, par exemple, d'une tumeur siégeant sur un organe rétropéritonéal.

Il faut savoir se limiter et malgré tout ne pas perdre de vue que la péritonéoscopie ne peut remplacer dans tous les cas la laparotomie exploratrice.

La péritonéoscopie peut seulement nous faire observer les organes en contoct avec la paroi abdominale antérieure ou qui en sont très rapprochés. Quelques organes cachés par l'épiploon ou par une anse intestinale peuvent être examinés grâce à un écarteur ; les plus profonds ne peuvent pas être vus.

LAMB (1941) a imaginé un dispositif pour l'observation des organes profonds consistant en un ballon transparent que l'on fait pénétrer entre les viscères et que l'on insuffle convenablement. Cette méthode n'a pas dépassé le stade expérimental.

CHAPITRE II

MATÉRIEL

A MARSEILLE, deux instrumentations sont utilisées :

— celle de ROYER, et

— celle de FOURES.

L'instrumentation qui a retenu notre choix est celle imaginée par FOURES (CAROLI) qui permet grâce à son système d'éclairage dissociable du système d'optique de se passer d'écarteurs.

Appareil de ROYER

1. — Trocart muni d'un ajustage latéral pour l'insufflation.
2. — Appareil d'optique que l'on introduit dans la chemise du trocart.

   L'extrémité de cet appareil comporte un orifice muni d'un ménisque pour la vision et d'une ampoule semi-cylindrique qui se trouve à l'extrémité.

   Cet appareil peut être introduit directement par la chemise du trocart.
3. — La lampe n'étant pas dissociable de l'optique, il est nécessaire d'introduire par une autre porte d'entrée des écarteurs.
4. — L'insufflation se fait grâce à une poire en caoutchouc sans contrôle de pression.

APPAREIL DE FOURES

L'instrumentation dont nous nous servons pour la péritonéoscopie est d'une grande simplicité.

Nous allons en énumérer les pièces, au début de ce chapitre, et nous reviendrons un peu plus loin sur les caractéristiques de chacune d'elles.

Nous avons tout d'abord :

— un trocart,

— un embout porte caoutchouc qui se fixe sur le trocart,

— un appareil insufflateur,

— un système d'éclairage et d'optique.

1) **Le trocart.** — Il a l'avantage sur l'aiguille de repousser plus facilement les organes abdominaux.

Il comprend à son extrémité trois orifices latéraux, ce qui permet, même si l'un des orifices est obturé par de l'épiploon, d'avoir encore un ou deux orifices de libre en communication directe avec le péritoine.

2) **L'embout porte-caoutchouc.** — Il se fixe sur le trocart ; il est coudé à angle droit pour faciliter sa double adaptation, d'une part, sur le trocart, et, d'autre part, sur le tube allant à l'appareil insufflateur.

3) **L'appareil insufflateur.** — L'appareil insufflateur utilisé est un appareil à pneumothorax à vases communicants et à manomètre à eau.

L'avantage de cet appareil est de pouvoir permettre d'établir à l'avance une pression donnée, et de suivre avec une grande précision la pénétration de gaz dans le péritoine.

Détail très important, pendant tout l'examen, l'appareil insufflateur doit rester en relation avec la cavité abdominale, car si la malade contracte sa paroi abdominale, la pression gazeuse intrapéritonéale augmente brusquement et une partie du gaz peut ainsi refouler dans l'appareil, évitant de ce fait l'emphysème pariétal. La contraction, une fois terminée, le gaz revient spontanément de l'appareil insufflateur à la cavité péritonéale.

4) **Système d'éclairage et d'optique.** — L'optique est à vision en bout et indépendante du système d'éclairage.

Intérêt très grand, car nous avons ainsi, sans faire un deuxième orifice dans la paroi abdominale, un écarteur à notre disposition ; en effet, la lampe adaptée sur la tige porte-lampe est placée deux à trois centimètres en avant de l'optique.

La tige porte-lampe est assez résistante pour soulever légèrement un lobe hépatique. La lampe est protégée sur sa face externe pour éviter qu'elle ne chauffe trop les organes sur lesquels on doit l'appliquer.

L'ensemble optique et système d'éclairage passent à travers une canule de 5 m/m de diamètre environ. (On peut adjoindre à cette instrumentation une optique à vision à 120° de 5 m/m de diamètre, interchangeable avec l'optique à vision en bout, en cours d'intervention. Il ne peut servir d'écarteur, mais son éclairage est plus puissant).

Il faut une étanchéité des instruments rigoureuse pour éviter la sortie du gaz une fois le pneumopéritoine terminé. Cette étanchéité est obtenue par des serre-joints qui écrasent plus ou moins des rondelles caoutchoutées.

Ces serre-joints sont trempés dans l'alcool avant l'utilisation, pour que les instruments coulissent facilement à frottement doux.

En résumé de cette description sommaire de l'appareillage, une conclusion dont l'intérêt doit être souligné est que, vu la simplicité de l'instrumentation, on peut la réaliser à un prix relativement modique.

ANGIOCHOLEGRAPHIE
SOUS CONTROLE PERITONEOSCOPIQUE

Instrumentation

Instrumentation déjà décrite pour péritonéoscopie, nous notons en plus :

a) Une aiguille à ponction vésiculaire formée d'une partie fine d'une longueur de 15 m/m et d'un diamètre de 8/10^{me} de m/m fixée sur une deuxième partie plus grosse, cylindrique, d'une longueur de 22 cms.

b) Un trocart de 3 m/m de diamètre et de 20 cms de long, muni de sa lame affûtée et d'un mandrin mousse qui dépasse la canule de 3 à 4 cms.

c) Un raccord de caoutchouc avec deux embouts pouvant s'adapter l'un sur l'aiguille à ponction vésiculaire, l'autre sur une seringue de 10 cc.

d) Un petit écran pour procéder à l'examen radiologique.

CHAPITRE III

INDICATIONS ET CONTRE - INDICATIONS INCIDENTS

CAS RELEVANT DE LA PERITONEOSCOPIE

La péritonéoscopie a obtenu plus d'attention durant l'année dernière que jamais auparavant. Sa sécurité a été bien établie et plusieurs rapports statistiques ont été publiés, le plus important étant celui de RUDDOCK (900 cas). Quoique cette information soit aisément utilisable, la péritonéoscopie n'a pas gagné une large audience aussi rapidement que ses adeptes l'auraient voulu.

Ce procédé est encore peu employé par suite de l'insuffisance des connaissances de sa technique, de ses indications et de ses contre-indications. Nous empruntons à BELING ses idées sur l'opportunité de ce procédé d'exploration.

INDICATIONS

L'emploi du péritonéoscope est indiqué dans les cas suivants :

1) Maladies non inflammatoires de l'un des organes de la grande cavité péritonéale en excluant l'intérieur et les limites de la petite cavité, le pancréas, les reins et autres organes péritonéaux.

2) Ictère par rétention dû à une tumeur de la tête du pancréas, suspecte d'être d'origine néoplasique.

3) Tumeur rétropéritonéale (détermination de l'emplacement de la tumeur intra-abdominale et de ses rapports avec le péritoine).

4) Tumeur suspecte et anomalie des organes pelviens.

5) Inflammation chronique des organes pelviens.

6) Probabilité de grossesse ectopique.

7) Splénomégalie ou hépatomégalie.

8) Ascite non d'origine cardiaque.

9) Péritonite tuberculeuse.

10) Affection des voies biliaires. Observation directe de la vésicule, sa ponction pour l'étude de la bile ; ictère par rétention.

11) Injection de la vésicule avec un produit opaque aux rayons X, et l'observation radiologique des voies biliaires.

L'importance véritable de la péritonéoscopie réside dans son intérêt diagnostique. On l'a conseillée à titre exceptionnel en petite chirurgie pour des sections d'adhérences, des ponctions d'abcès et l'électro-coagulation des trompes.

Nous avons énuméré les principales indications de la péritonéoscopie. Il nous faut maintenant envisager les cas où celle-ci est contre-indiquée.

CONTRE-INDICATIONS

Ces contre-indications sont assez bien définies :

1) Affections inflammatoires aiguës de la cavité abdominale.

2) Pneumonie, abcès du poumon, tuberculose pulmonaire.

3) Blessures abdominales par armes blanches ou armes à feu.

4) Occlusion intestinale, que ce soit du gros intestin ou de l'intestin grêle.

5) Perforation aiguë de n'importe quel viscère.

6) Insuffisance cardiaque non compensée.

7) Adhérences post-opératoires étendues.

8) Toute lésion du thorax en relation avec la cavité abdominale.

9) Réactions péritonéales douloureuses.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE

CREATION DU PNEUMOPERITOINE

La porte d'entrée varie avec la région que l'on veut examiner, nous y reviendrons au cours de l'étude des indications de la péritonéoscopie.

La région, une fois délimitée, après une bonne anesthésie locale, nous faisons une incision cutanée de 5 m/m environ, au bistouri ; par cette incision, nous enfonçons le trocart légèrement en oblique en lui imprimant un mouvement de vrille.

Lorsque la pointe du trocart semble avoir atteint le péritoine après avoir traversé l'aponévrose musculaire externe puis l'aponévrose interne, on demande au patient d'inspirer fortement en gonflant son ventre, la paroi abdominale se soulève et souvent, le trocart traverse seul le péritoine, surtout chez le sujet maigre.

Le mandrin est alors enlevé et le tube de l'appareil insufflateur est fixé.

Vérifier que le trocart est bien dans la cavité péritonéale.

L'appareil insufflateur étant fermé, on monte le flacon mobile, pour créer dans l'appareil une pression de 15 c/m d'eau. On ouvre alors le robinet de l'appareil insufflateur juste le temps nécessaire pour faire monter la colonne d'eau du manomètre.

Si le trocart est bien en place, la colonne d'eau redescend aussitôt après jusqu'à une pression rarement supérieure à 3 c/m d'eau.

On recommence l'expérience deux à trois fois ; si le malade n'accuse aucune douleur, on peut insuffler alors le gaz, à condition de ne le faire que lentement, sous une pression qui ne dépasse pas au début 10 à 15 c/m d'eau.

Si la colonne d'eau descend lentement, si elle se stabilise à une pression de 4 à 6 c/m, si le malade accuse quelques douleurs, c'est que le trocart se trouve probablement dans l'épiploon ou dans la paroi.

La matité hépatique disparaît dès que l'on a injecté 300 à 400 cc d'air.

On apprécie la quantité d'air suffisante surtout par la palpation et la percussion. En général, on peut évaluer la quantité moyenne de gaz à injecter entre deux à trois litres.

Le gaz employé est de l'air.

L'utilisation d'une table basculante dans le sens longitudinal et latéral augmente l'étendue des régions susceptibles d'être examinées, en permettant le déplacement des anses intestinales.

L'examen terminé, on laisse échapper le gaz par la canule, on fait faire une inspiration profonde au malade et gonfler son ventre ; soulever en même temps la paroi abdominale avec la canule tenue presque horizontale, pour qu'elle ne soit pas bouchée par les organes abdominaux lorsqu'il ne reste que très peu de gaz.

On ferme ensuite la petite plaie opératoire à l'aide d'une ou deux agrafes.

TECHNIQUE DE L'ANGIOCHOLEGRAPHIE

SOUS CONTROLE PERITONEOSCOPIQUE

1) **Choix de la porte d'entrée.** — Pour le péritonéoscope, le point d'entrée sera situé à 2 cms à droite de l'ombilic.

La porte d'entrée de l'aiguille ne sera choisie naturellement qu'après l'examen de la vésicule. On la choisit de façon à ce qu'elle soit le plus possible dans l'axe de la vésicule ; en général, cette porte d'entrée sera très externe, et un peu au-dessus de la ligne ombilicale.

2) **Recherche de la vésicule.** — Une fois le ligament rond repéré, on le suit jusqu'au foie, l'angle gauche du lobe droit apparaît ; en suivant vers la droite le bord du foie, on perçoit la vésicule.

Si on ne repère pas la vésicule, il est rare qu'on n'aperçoive pas sur le bord du foie l'encoche vésiculaire ; on recherche alors la vésicule en réclinant un lambeau d'épiploon ou une anse intestinale, ou alors en soulevant le bord antérieur du lobe droit du foie à l'aide du système d'éclairage du péritonéoscope utilisé comme écarteur.

Dans les cas où il sera difficile d'affirmer que l'on se trouve en présence de la vésicule, soit parce qu'elle ne montre qu'une petite partie de sa surface, soit parce qu'elle est déformée dans sa forme et ses dimensions, il faut en faire le tour à l'aide du système d'éclairage, rechercher son insertion sur la face inférieure du foie et examiner sa face antéro-interne.

3) **Mise en place de l'aiguille à ponction.** — La porte d'entrée de l'aiguille sera faite sous contrôle péritonéoscopique par transillumination des tissus.

Le trocart devant servir à l'aiguille sera enfoncé très oblique vers la vésicule. La lame affûtée est remplacée par le mandrin mousse qui repousse, sous contrôle péritonéoscopique, les organes gênants.

La canule est ainsi amenée au contact de la vésicule.

On remplace alors le mandrin mousse par l'aiguille à ponction. Celle-ci sera adaptée par l'intermédiaire du raccord de caoutchouc à une seringue à demi pleine de sérum physiologique ; on vide si l'on désire recueillir de la bile pour examen.

4) **Ponction de la vésicule.** — Le point de ponction sera choisi à la partie supérieure de la vésicule à 1 ou 2 cms de sa limite d'adhérence avec le foie. C'est une région dans laquelle la paroi vésiculaire se laisse assez facilement traverser, et dans laquelle la vésicule biliaire est peu mobile.

La traversée de la paroi vésiculaire offre souvent une certaine difficulté du fait qu'il s'agit d'une membrane à la fois résistante et mobile.

L'assistant aspirera avec la seringue pour contrôler que l'aiguille est bien dans la vésicule.

L'injection de la diodone devra être faite très lentement et on devra veiller constamment à être bien dans la vésicule.

L'injection lente permettra l'étude radioscopique des différentes parties des voies biliaires au fur et à mesure de la progression du liquide opaque, ce qui n'est pas possible au cours de l'angiocholégraphie ordinaire.

— Normalement, le cystique apparaît après un arrêt de quelques secondes au niveau du col de la vésicule ;

— Ensuite, le cholédoque s'injecte très rapidement et quelques secondes plus tard, la diodone apparaît dans le duodénum.

La quantité de diodone nécessaire varie entre 30 et 60 cc.

Un blocage peut se produire, il faut alors vider partiellement la vésicule, faire une injection intra-veineuse d'atropine et recommencer ensuite l'injection.

Si le blocage se reproduit, s'il s'accompagne d'une douleur analogue aux crises ressenties habituellement par le malade, et si la décompression fait disparaître celle-ci, on a de fortes chances de se trouver en présence de : dyskinésie vraie.

On peut (CAROLI), l'opération terminée, vider la vésicule et la laver avec du sérum physiologique.

CHAPITRE V

RÉSULTATS OBTENUS

1° FOIE

La valeur diagnostique de la péritonéoscopie doit être envisagée dans les états ictériques et anictériques.

— **Dans les états anictériques,** nous classerons :

— le syndrome cirrhotique et

— le syndrome tumoral.

a) **Syndrome cirrhotique.** — Si les cirrhoses hépatiques sont d'un diagnostic clinique souvent malaisé, le diagnostic péritonéoscopique est facile ; on peut aisément discerner les différents stades du syndrome cirrhotique.

Sur 318 cas de cirrhose, RUDDOCK (1939) a pu porter un diagnostic juste dans 304 cas.

Les cirrhoses de LAENNEC sont faciles à reconnaître, mais il n'en est pas de même pour les cas de cirrhoses consécutives à l'atrophie jaune aiguë et à l'hépatite infectieuse.

b) **Syndrome tumoral.** — Les signes cliniques d'un cancer du foie sont difficiles à interpréter et on peut facilement confondre avec une cirrhose.

Cependant l'exploration péritonéoscopique permet un diagnostic différentiel aisé, et si cette exploration est complétée par une biopsie sous contrôle visuel, la réponse en est d'autant plus simple.

Il est cependant souvent malaisé d'affirmer qu'une tumeur hépatique est primitive ou secondaire, surtout si cliniquement on n'a pu déceler la présence d'une tumeur maligne d'organes voisins.

Mais, en règle générale, la tumeur primitive du foie est unique et plus foncée que les métastases ; les tumeurs secondaires sont en général multiples et souvent ombiliquées, leur teinte est plus jaunâtre.

— **Dans les états ictériques,** la laparoscopie a une valeur pronostique très grande.

Elle permet in-vivo de reconnaître les signes de l'atrophie jaune aiguë (capsule plissée, bord amenuisé, teinte jaune chamois, réduction des diamètres), de l'atrophie sub-aiguë, nodulaire, etc...

Sa valeur diagnostique est considérable, elle peut dispenser de la laparotomie exploratrice. Elle permet de déceler les grosses vésicules inaccessibles au palper parmi lesquelles on peut distinguer les vésicules bleues de cholostase, les grosses vésicules non bleues de mucostases ou de biles blanches.

Elle est surtout précieuse dans le diagnostic des cirrhoses cholostatiques qui se présentent souvent comme des affections médicales (très grosse rate, camouflage des accidents cholédociens). Le gros foie est souvent granuleux, rarement clouté, rarement nodulaire.

La péritonéoscopie met en évidence des lésions latentes des voies biliaires (distension ou atrophie vésiculaires). Il n'y a pratiquement pas de cirrhoses cholostatiques avec vésicule normale.

2° VOIES BILIAIRES

Les voies biliaires extra-hépatiques sont peu accessibles à l'examen endoscopique. Normalement, seule la vésicule est visible au niveau de son fond. Le corps et le col de la vésicule ne sont visibles qu'en cas de sclérose hépatique, lorsque la consistance de cet organe tient redressée la vésicule biliaire ; dans ces conditions, on peut alors aussi voir la face inférieure du foie.

ROYER (1948) affirme que la simple vision de la vésicule biliaire permet d'avoir une idée exacte de son état anatomique.

Le fond de la vésicule biliaire apparaît à l'état normal comme une coupole bleutée, lisse, avec un réseau de vaisseaux très apparents.

Lorsque l'organe est altéré, il devient très pâle, il perd de son brillant, l'élasticité de sa paroi que l'on peut apprécier par le toucher péritonéoscopique diminue en raison de l'épaississement dû à l'œdème.

Les cholécystites chroniques non lithiasiques ou micro-lithiasiques sont souvent plus facilement reconnues par la péritonéoscopie que par la cholécystographie ou le tubage.

WERSHUB (1943) a affirmé qu'il était possible de porter un diagnostic endoscopique du cancer vésiculaire.

— **Ponction vésiculaire :** Voir angiocholégraphie sous contrôle péritonéoscopique.

— **Grosses vésicules en rétention :** Dans les cas d'obstruction du canal cystique avec hydropisie vésiculaire, on diagnostique facilement une vésicule distendue avec des parois épaissies et œdémateuses.

Dans le cas de vésicule distendue par obstruction néoplasique cholédocienne, l'aspect est différent car la paroi vésiculaire garde un aspect normal ou très peu altéré.

Voies biliaires extra-vésiculaires. — Depuis 1941, Marcello ROYER a mis au point une méthode d'examen radiologique des voies biliaires, c'est la cholangiographie - laparoscopique (Voir Angiocholégraphie sous contrôle péritonéoscopique).

3° CANCER DU COLON ET DU RECTUM

Le diagnostic de ces affections est en général très difficile, parce que les parties malades sont entourées de larges parties saines.

Mais lorsque le diagnostic a été fait par d'autres moyens, on peut à l'aide de la péritonéoscopie déterminer l'existence de métastases et orienter l'intervention chirurgicale.

4° RATE

(Voir rate et masses rétro-péritonéale - BELING, Arch. Of. Surg.)

5° HEMORRAGIE INTRA-PERITONEALE

OLIM (1941)

6° PERITONITE TUBERCULEUSE

7° PERIVISCERITE

8° GROSSESSE ECTOPIQUE

HOPE (1937).
RUDDOCK (1938) communique pour 58 cas :

— Diagnostic clinique ..... 50 %
— Diagnostic péritonéoscopique .. 100 %

DUTRA (1947) apprécie la perméabilité tubaire en injectant les trompes avec une solution de bleu de méthylène à 2,50 %, observant l'apparition du liquide par l'orifice tubaire au moyen du péritonéoscope.

BIOPSIE DU FOIE SOUS CONTROLE PERITONEOSCOPIQUE

La biopsie du foie telle qu'on la pratique sans contrôle péritonéoscopique peut avoir deux inconvénients :

— d'une part, elle peut être aveugle, c'est le cas d'une ponction biopsie du foie pour métastase néoplasique localisée ;

— d'autre part, elle peut être dangereuse et nous ne citerons pour exemple : un kyste hydatique ou un abcès du foie ignorés.

La péritonéoscopie permet donc une ponction biopsie plus sûre et, d'autre part, supprime les dangers d'une erreur de diagnostic.

1. **Instrumentation.** — Aiguille à ponction biopsie du foie de Silvermann, modifiée par Estève, à mandrin bilame, d'une largeur de 13 cm. au lieu de 8, car le pneumopéritoine écarte la paroi du foie.

2. **Technique.** — La porte d'entrée pariétale est choisie sous contrôle péritonéoscopique, on approche ensuite la lampe du péritonéoscope de la paroi pour que l'aide qui pratique la ponction biopsie, la repère par transillumination.

La traversée de la paroi et du péritoine se fait sous contrôle péritonéoscopique.

Dans un deuxième temps, l'opérateur qui pratique la péritonéoscopie amène lui-même l'aiguille au contact du point hépatique choisi.

On peut faire un reproche à cette ponction biopsie sous contrôle péritonéoscopique, c'est qu'elle ne permet un prélèvement que dans les régions visibles par péritonéoscopie, à savoir : approximativement le tiers antérieur du foie.

***

LA RATE ET LES MASSES RETRO-PERITONEALES

La vision péritonéoscopique de la rate normale est difficile à cause de la position anatomique de cet organe.

Donc l'indication majeure de la péritonéoscopie ne se posera que dans les cas de splénomégalie.

On peut reconnaître ainsi divers types de kystes.

Une rate grossie, d'une manière diffuse peut s'étudier du point de vue de la teinte, de la consistance et de l'apparence de sa surface. Ainsi l'on peut voir des infarctus et des cancers de la rate.

Il n'est pas rare qu'une masse de la région abdominale supérieure gauche soit difficilement interprétable et le diagnostic qui se pose est de savoir s'il s'agit d'une grosse rate ou d'un gros rein, dans ce cas là, la péritonéoscopie permet de trancher le débat.

Le diagnostic d'une masse décelée à travers la paroi abdominale est entourée de nombreuses incertitudes, surtout lorsqu'il s'agit de déterminer une localisation précise. Par l'emploi du péritonéoscope, on peut souvent y réussir.

Lorsque la masse est strictement rétro-péritonéale, elle ne peut être déplacée ; on ne la distingue qu'à travers la mésentère de l'intestin, si toutefois elle est visible, et l'on ne peut prélever avec sûreté des spécimens biopsiques. Cependant, il arrive que cette masse rétro-péritonéale peut s'étendre jusqu'à l'intérieur du mésentère et que ses relations avec les organes intra-péritonéaux soient très importants.

Le péritonéoscope devrait être utilisé pour différencier une masse rétro-péritonéale quand on ne peut rendre le diagnostic précis par d'autres moyens, à l'exclusion de l'intervention chirurgicale.

***

MALADIES DU FOIE, DES VOIES BILIAIRES ET DU PANCREAS

Le diagnostic des maladies du foie, particulièrement en présence d'ictère et d'ascite n'est pas facile.

L'examen péritonéoscopique permet assez souvent de redresser des erreurs de diagnostic. Il arrive que ce que l'on croit être une cirrhose du foie se révèle à l'examen péritonéoscopique être une métastase néoplasique, et qu'un cancer de la tête du pancréas avec obstruction des voies biliaires s'avère souvent être une cirrhose.

Quand la biopsie s'ajoute à l'inspection visuelle, les chances d'un diagnostic exact sont très élevées.

Dans des cas de tumeur maligne du foie et de cirrhose, RUDDOCK a rapporté des erreurs cliniques de 26,5 % et 44,1 % contre des erreurs péritonéoscopiques de 4,4 % et de 6,3 % respectivement. L'étude péritonéoscopique est par conséquent la méthode diagnotique de choix pour de tels cas.

Il faut avoir une solide connaissance des aspects pathologiques de l'organe chez un sujet vivant, car la différenciation entre congestion hépatique, obstruction biliaire et cirrhose est importante. **Quelquefois, il peut être difficile de décider si une nouvelle excroissance dans le foie est primaire ou secondaire** surtout spécialement en l'absence du cancer démontrable dans l'organisme. En général, l'excroissance primaire est localisée à un seul lobe et à une teinte plus sombre que des nodules métastatiques secondaires, ces derniers d'ailleurs sont souvent ombiliqués.

Dans le cas de cirrhose, la bordure du foie est proéminente comme une bande lisse contre le dessin lobulaire, de chaque côté une nouvelle excroissance souvent envahit ou oblitère la bordure hépatique. En de rares occasions, on peut rencontrer un kyste du foie ou un lobe supplémentaire.

A l'aide du péritonéoscope, on peut obtenir d'amples renseignements concernant la région biliaire, quoique cet instrument ne doive pas être utilisé en présence de maladie inflammatoire aiguë.

D'ordinaire, la vésicule biliaire se présente bien visiblement et on peut la palper avec la pointe d'un instrument ; quelquefois, il est possible de suivre l'organe jusqu'au ligament hépato-duodénal et la base du foie et de palper de gros calculs à l'intérieur. Une pression constante et soutenue à l'aide d'un instrument peut provoquer un vidage partiel de la vésicule.

On peut mettre en évidence une augmentation de volume de la vésicule biliaire par une obstruction du conduit cystique.

De même, on pourra déceler une obstruction du canal cholédoque par une tumeur de la tête du pancréas, cette tumeur pourra être quelquefois un gros kyste du pancréas, mais le plus souvent son origine est néoplasique ; on peut alors quelquefois découvrir dans le foie des métastases d'origine pancréatique.

La plupart des chirurgiens admettent que la fixation locale ne devrait pa être considérée comme un motif de renoncer dans tous les cas à l'intervention chirurgicale, car les résultats de tel traitement sont quelquefois bénéfiques. Tous sont d'accord cependant pour admettre que la présence de métastases dans le foie rend l'opération inutile.

RUDDOCK a signalé une exactitude approximative à 90 % dans la reconnaissance de métastases hépatiques avec le péritonéoscope, et BENEDICT a démontré un haut degré de précision dans la détermination de l'opérabilité.

ALLEN a spécifié que s'il y a des métastases dans le foie ou dans le péritoine, la laparotomie exploratrice devrait être évitée étant donné qu'alors le remède est impossible et la chirurgie palliative vaut rarement la peine d'être appliquée ; en outre, un tiers des malades dans ce cas succombent au cours de leur convalescence post-opératoire.

CANCER DE L'ESTOMAC

Bien qu'il soit possible d'obtenir de nombreux renseignements par les examens divers, y compris la radiographie, il n'existe en-

core aucun moyen de déceler avec précision la présence de métastases dans le foie en dehors de la laparotomie exploratrice et de l'étude péritonéoscopique.

Sans l'une ou l'autre, la décision d'opérer un malade sera toujours une évaluation de probabilité et de hasard sans avoir égard à l'habileté du chirurgien.

Un récent article sur la péritonéoscopie lançait des paroles d'avertissement tout en faisant remarquer que le procédé présente quelque valeur.

L'affirmation que la péritonéoscopie ne remplacera jamais la laparotomie exploratrice doit confondre jusqu'à ce que l'on sache la définition que donne l'auteur de la laparatomie exploratrice.

Si l'on accepte le point de vue raisonnable que l'exploration ne se justifie pas aussi longtemps que toutes les autres méthodes, moins vigoureuses qui ont été utilisées, il apparaîtra que l'examen péritonéoscopique et la laparotomie exploratrice n'entrent guère en concurrence.

Le premier utilisé à bon escient est un procédé diagnostique. Le second devrait s'employer en thérapeutique et rarement comme moyen de diagnostic.

En ce qui concerne les buts péritonéoscopiques, tous les cancers gastriques devraient se diviser en deux groupes principaux :

a) Ceux qui impliquent une obstruction effective imminente ou inévitable à la continuité de l'organe dans la région pylorique ou supérieure à celle-ci.

b) Ceux qui ne présentent pas de lésions obstructives.

Il est évident que tous ceux du premier groupe doivent mener à l'opération pour la restauration de la continuité de la région gastro-intestinale ; dans ce cas, l'examen péritonéoscopique est contre-indiqué parce qu'il est un procédé complémentaire qui ne peut procurer aucune information supplémentaire.

L'estimation d'opérabilité se rapportant au second groupe sera consécutif à la probabilité de métastases régionales et lointaines, y compris la fixation de l'organe.

On doit admettre que la valeur réelle de la fixation postérieure de l'estomac ne peut être déterminée avec précision à l'aide du péritonéoscope, bien que l'on puisse apercevoir une grande partie des courbures et de la face antérieure.

L'expérience aidant, il est possible d'obtenir des informations considérables en ce qui concerne la consistance, la couleur, l'ap-

parence et la mobilité des portions antérieures de la petite et de la grande courbure ainsi que de la paroi antérieure de l'estomac.

On peut apercevoir des excroissances sur la petite courbure s'étendant jusqu'au petit épiploon, et évaluer le degré d'invasion de la paroi gastrique.

La coordination des examens gastroscopiques et péritonéoscopiques procurera des renseignements encore plus étendus.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

fournies par le Docteur Henry SARLES
Médecin des Hôpitaux

SYNDROMES CIRRHOTIQUES

CAS N° 1. — M^me^ G. O... (60 ans). Entre à l'hôpital pour gros foie douloureux et sub-ictère. On note chez cette malade une ancienne amibiase coloniale et un éthylisme important. Les tests fonctionnels hépatiques sont perturbés.

— *Diagnostic clinique :* on hésite entre un cancer du foie ou un abcès amibien.

— *Péritonéoscopie :* 29-1-54.

On note un très gros foie d'aspect cirrhotique avec sur la ligne médiane des adhérences importantes du foie à l'épiploon et au péritoine pariétal antérieur. Aucun signe de métastase hépatique. Vésicule biliaire normale. Colon normal. Présence d'une ascite assez abondante.

La péritonéoscopie rend peu probable le diagnostic de cancer du foie et fait penser à une cirrhose chez une malade dont le foie a été remanié par l'amibiase.

— *Evolution clinique :* le 29-9-54.

L'ascite a disparu, l'état général est meilleur ; on note une nette amélioration des tests d'insuffisance hépatique.

Le diagnostic péritonéoscopique de cirrhose éthylique est donc confirmé.

CAS N° 2. — M. R... (Service du Professeur Piéri). Entre le 20-2-54 à l'hôpital pour ictère survenu à la suite d'un épisode diarrhéïque important.

— *Histoire de la maladie :* en juillet 1953 s'installe en deux ou trois jours une diarrhée très importante qui a persisté pendant deux mois. Selles très liquides, très nombreuses (50 par jour). Jamais de sang avec présence de glaires. Pas de température, pas de vomissement, mais douleurs abdominales diffuses à titre de coliques persistant encore à présent alors que les selles sont redevenues normales Amaigrissement de 40 kgs.

Il y a trois mois, apparition d'un ictère léger cutanéo-muqueux ne s'accompagnant pas de décoloration des selles. Hyper coloration des urines. Le foie n'est pas augmenté de volume.

— *Péritonéoscopie :*

Foie d'aspect cirrhotique.
Vésicule biliaire normale sans adhérence.
Ascite citrine.
Importante circulation collatérale le long du ligament rond.
Rate non visible même en décubitus latéral droit.

— *Diagnostic :* cirrhose hépatique.

CAS N° 3. — Mme D... présente des douleurs de l'hypocondre droit. On note chez cette malade un passé éthylique chargé.

— *Péritonéoscopie :* le 6-4-54.

Montre un gros foie cirrhotique clouté.

Pas d'ascite, ni de circulation collatérale dans le ligament rond.

Vésicule biliaire normale.

— *Diagnostic :* Cirrhose éthylique sans hypertension portale.

CAS N° 4. — M. H... Ethylique ancien. Présente un foie augmenté de volume et très dur. Cliniquement pas d'ascite. Le volume du foie et sa consistance font hésiter entre le diagnostic de cancer du foie ou de cirrhose.

— *Péritonéoscopie :* 13-3-54.

Gros foie granuleux, cirrhotique.
Circulation collatérale dans le ligament rond.
Existence d'une légère ascite.

— *Diagnostic :*

Cirrhose éthylique, confirmée par l'évolution clinique à la suite du traitement hépato-protecteur.

CAS N° 5. — Mme M... (51 ans). Entre le 2 juillet 1954 à l'hôpital avec un ictère franc, un gros foie à bord tranchant, une ascite légère sans circulation collatérale, sans douleur, avec une température oscillant entre 37° 8 et 38° 5. Après l'examen clinique et les recherches de laboratoire le diagnostic de cirrhose du foie est porté.

La péritonéoscopie confirme le diagnostic : Foie d'apparence cirrhotique, légère ascite. On aperçoit l'angle gauche du colon vascularisé, mais normal. Le foie est clouté dans toute son étendue.

SYNDROMES TUMORAUX

CAS N° 6. — Mme S... (46 ans). Malade envoyée par son médecin traitant pour ascite ou kyste de l'ovaire. Depuis deux mois, la malade s'est aperçue que son abdomen augmentait de volume. La peau est tendue, lisse, pigmentée, l'ombilic est déroulé. On ne note pas de circulation collatérale importante. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. La malade présente des gastralgies. Elle a beaucoup perdu de poids depuis quelque temps, mais elle n'est pas anorexique.

Le toucher vaginal montre un col de consistance normale avec une petite ulcération sur la lèvre postérieure. Le cul-de-sac gauche est libre, non douloureux; le cul-de-sac droit donne l'impression d'avoir un gros colon douloureux. Une radioscopie montre une coupole diaphragmatique droite fortement surélevée et bombée. On voit très nettement une image en brioche, séparée de la région médiane.

— *La péritonéoscopie* pratiquée par le Docteur SARLES montre sur le péritoine pariétal antérieur du côté droit la présence de nodules de la grosseur d'un gros pois, peu vasculisés, très durs, largement implantés sur le péritoine de caractère nettement néoplasique.

Le foie ne présente pas actuellement de nodules visibles. Dans l'hypocondre gauche, on note une masse allongée transversalement, très dure, de 5 à 6 cms de long sur 3 à 4 cms de large qui semble siéger sur le trajet du colon, et semblant présenter un caractère néoplasique.

Conclusions : Carcinome péritonéal avec possibilité d'une tumeur primitive d'origine colique.

CAS N° 7. — M^me^ H... (72 ans). (Opérée par le Docteur LUCIONI). Du 10-4-54 au 27-4-54 la malade voit son ventre augmenter journellement de volume. Le diagnostic de sub-occlusion est posé. Un toucher rectal et un toucher vaginal sont négatifs. Depuis 6 à 7 jours on note l'apparition d'un épanchement pleural bi-latéral. L'examen du liquide révèle un épanchement inflammatoire banal. On note une légère anémie, et une formule blanche normale.

— *La péritonéoscopie* montre un péritoine normal sans métastase, cependant la région médiane de l'épiploon est soulevée en dome par une masse dure.

Le diagnostic péritonéoscopique posé est celui de tumeur profonde mésentérique.

Le diagnostic opératoire est celui de réticulopathie.

SYNDROMES ICTERIQUES

Cas N° 8. — M^me^ R... Entre à l'hôpital le 6-2-54, pour ictère. Le diagnostic clinique est : hépatite ou rétention biliaire.

— *Péritonéoscopie :*

Foie cirrothique avec grosse vésicule biliaire très tendue.

Malgré la coloration presque normale du foie, on pense, en raison de la tension de la vésicule, à une obstruction biliaire.

La radio-manométrie biliaire per-opératoire pratiquée le 20-2-54 montre une grosse vésicule avec cysticite, et un cholédoque fin et normal.

— *Commentaire :* la péritonéoscopie a fait penser à tort à un ictère pas rétention, l'erreur étant due à une coïncidence d'une maladie vésiculaire ancienne sur laquelle s'est greffé un ictère par hépatite

CAS N° 9. — M^me M... (56 ans) Entre à l'hôpital le 6-2-54, pour ictère prolongé. Le diagnostic clinique hésite entre une cirrhose cholostatique et ictère par hépatite cirrhogène.

La péritonéoscopie montre un très gros foie irrégulier à type de cirrhose à gros clous, avec incisure profonde donnant au lobe droit un aspect de grappes de raisins très serrées.

Le diagnostic posé est celui : d'hépatite cirrhogène.

— *Incident :*

Hémorragie externe par le trou de pénétration du péritonéoscope, l'agrafe étant tombée dans les heures qui ont suivi la péritonéoscopie.

L'hémorragie a été arrêtée par la pose d'un crin.

***

CAS N° 10. — M. M... Entre à l'hôpital pour syndrome ictérique avec épreuves hépatiques au début perturbées, puis normales.

La péritonéoscopie montre un foie augmenté de volume, régulier, de coloration normale. La vésicule est grosse, tendue. Le diagnostic est : ictère par rétention. On décide l'intervention chirurgicale. La radio-manométrie biliaire per-opératoire montre une vésicule biliaire normale. On se trouve donc en présence d'une erreur de diagnostic établie au cours d la péritonéoscopie.

— *Commentaire :* avant la péritonéoscopie, le malade avait été préparé avec de la morphine, ce qui explique la tension de la vésicule biliaire.

Une conclusion s'impose : proscrire la morphine avant toute péritonéoscopie.

***

CAS N° 11. — M. X... Le malade entre à l'hopital pour ictère par rétention. Les selles sont décolorées, la vésicule biliaire n'est pas palpable. Une radiographie de l'estomac et de l'intestin ne révèle rien de particulier. On se demande s'il s'agit d'un cancer du pancréas, de métastases hépatiques ou d'une ampoule de Water à opérer.

— *Péritonéoscopie :* 9-4-54.

Métastases hépatiques sur la face inférieure du foie.
Vésicule biliaire augmentée de volume, mais non tendue.
Coloration verdâtre caractéristique du foie.

— *Diagnostic péritonéoscopique :* cancer secondaire du foie.

On déconseille une intervention ; la vésicule étant peu tendue, l'obstacle doit siéger en amont de la vésicule. La vérification opératoire confirme le diagnostic de la péritonéoscopie.

CAS N° 12. — M. B... (42 ans). Présente, depuis trois mois, des douleurs épigastriques sans horaire fixe. Ictère depuis deux mois et demi avec selles décolorées. Foie augmenté de volume (déborde le rebord costal de trois travers de doigts). Vésicule biliaire non palpable. Maclagan 35 unités Vernes. Anger fortement positif.

— *Péritonéoscopie :* 3-3-54.
Gros foie de coloration verte. Grosse vésicule biliaire très tendue. Le diagnostic qui s'impose est celui de cancer des voies biliaires. La radio-manométrie biliaire peropératoire montre un cancer du pancréas.

— *Commentaire :* la péritonéoscopie, en révélant une grosse vésicule biliaire que la palpation ne permettait pas de percevoir, et en montrant la coloration caractéristique du foie de rétention biliaire, a fait faire le diagnostic avant l'intervention.

***

CAS N° 13. — Mme V... Présente, le 18 août, un ictère généralisé. Pas de température, pas de douleur, pas de prurit. Le 25 septembre, après neuf tubages duodéraux, l'ictère diminue. Le 9 octobre, température à 38° - 39°5.

— *Examen clinique :*

— *Digestif :* langue saburale ; abdomen légèrement augmenté de volume.

— Foie non douloureux, déborde le rebord costal de 2 travers de doigts.

— *Examen de laboratoire :* test à l'éther négatif ; Hanger positif.

— *Diagnostic clinique :* ictère catharral prolongé cirrhogène, ou ictère par obstruction des voies biliaires.

— *Péritonéoscopie :* foie augmenté de volume, dur, nettement nodulaire ; la vésicule biliaire est grosse, mais pas sous tension. Rate augmentée de volume.

— *Diagnostic :* ictère catharral prolongé cirrhogène.

Malade revue le 12-4-55 : va très bien.

***

CAS N° 14. — Mme M... Entre à l'hôpital avec ictère. Température à 39°. Douleurs en ceinture suivant le rebord costal, avec maximum à gauche. Selles normales ; urines parfois foncées, parfois claires. Au bout d'un mois, la malade déjaunit incomplètement et sort du service apyrétique avec diagnostic clinique d'ictère catharral cirrhogène. Revient ensuite dans le service. Le 18-10-54, une péritonéoscopie est pratiquée. Enorme vésicule inflammatoire, foie très gros, cirrhotique avec taches de bougie ; rate visible.

— *Diagnostic* péritonéoscopique : ictère par rétention portant sur la voie biliaire principale. Métastases hépatiques en tache de bougie.

Le 22-10-54 : intervention chirurgicale. Cancer vatérien.

SYNDROMES DOULOUREUX

CAS N° 15. — M. L... (38 ans). Entre à l'hôpital le 25-1-54. Depuis dix ans, le malade présente des coliques hépatiques espacées (1 par an), à ce jour une par mois. Lorsque la crise douloureuse a cessé, on note une persistance de point de côté à localisation strictement sous-costale droite. Pendant ces crises, subictère conjonctival. Depuis dix ans, le malade suit un régime strict ; en dehors des crises, bon appétit. Urine et selles normales dans leur coloration, amaigrissement de 7 à 8 kilos depuis novembre.

— *Examen :* téguments subictériques, abdomen souple, douleur provoquée à la palpation profonde du point cystique. Foie et vésicule non palpables. Rate percutable.

— *Péritonéoscopie :* 6-2-54.

La péritonéoscopie exclue la possibilité d'une cholécystite lithiasique. Une intervention chirurgicale est tentée. La R.M.B. peropératoire ne montre pas de lésion. L'exploration de la région sous-hépatique montre un blocage de cette région dû à la présence d'un gros ulcère duodénal ouvert dans le pancréas.

***

CAS N° 16. — M^me^ C... Présente, depuis trois jours, une douleur de l'hypocondre droit irradiant dans l'épaule droite, avec une température de 40°. Ce phénomène est apparu après ingestion de moules. Il y a, en outre, probabilité de grossesse. Le diagnostic de cholécystite aiguë est posé. S'agit-il d'une cholécystite lithiasique, ou inflammatoire d'origine hébertienne ? La vésicule biliaire n'est pas palpable. Tests de Gros positifs.

— *Péritonéoscopie* : vésicule rouge augmentée de volume. Bord inférieur du foie présentant de fines membranes. Le séro-diagnostic et l'hémoculture étant négatifs, le diagnostic de cholécystite inflammatoire banal est posé. On fait, en même emps, le diagnostic de grossesse.

***

CAS N° 17. — M. G... Entre à l'hôpital le 17-5-54, pour crises douloureuses de l'hypocondre droit à type de lithiase vésiculaire. Une radiographie des voies biliaires montre une lithiase vésiculaire, vésicule biliaire bien injectée s'évacuant normalement.

— *Péritonéoscopie :* foie normal. Vésicule biliaire d'aspect normal. Rate bien visible en décubitus latéral droit normale.

CAS N° 18. — M^me B... (62 ans). Début, il y a quinze jours environ, par une douleur brutale en coup de poignard dans l'hypocondre droit, avec irradiation dans la région dorsale. Température à 39°. Depuis, fond continu de douleurs avec paroxysmes. Température à 38°-39°, urines acajou pendant trois ou quatre jours, pas de décoloration de selles, subictère conjonctival, diarrhée, asthénie, inappétance, amaigrissement.

A la palpation, on sent une masse étendue du creux épigastrique jusqu'à la ligne axillaire antérieure débordant le rebord costal de trois travers de doigts, de consistance assez dure, très vraisemblablement d'origine hépatique.

— *Péritonéoscopie :* foie normal. Vésicule recouverte d'adhérences. Très légère quantité de liquide d'ascite. La vésicule derrière les adhérences semble normale.

***

CAS N° 19. — M^me B... Entre à l'hôpital pour douleur de l'hypocondre droit de type biliaire. Une radio des voies biliaires au triodan montre une vésicule exclue.

— *Péritonéoscopie :* 13-2-54.

On note un foie normal entouré d'adhérences molles et fines sur sa convexité dans la région qui recouvre la vésicule. La vésicule biliaire n'est pas trouvée, sa place est occupée par des adhérences serrées. On pense donc à l'existence d'une vésicule atrophique scléro-lithiasique. Le diagnostic est confirmé par l'intervention.

***

CAS N° 20. — M^me B... Présente des douleurs de l'hypocondre droit sans horaire fixe. Amaigrissement considérable (15 kilos) en quelques mois. Radiologiquement, vésicule biliaire exclue. Radio-sélectant biliaire intraveineux montre une vésicule biliaire exclue, un cholédoque fin et normal. Les épreuves fonctionnelles hépatiques sont normales. A l'examen, on note dans le flanc droit une masse très dure, arrondie, du volume d'une petite mandarine, qui paraît enchâssée dans le foie dont le bord inférieur est très nettement senti.

— *Diagnosic clinique :* cancer du foie et de la vésicule biliaire.

— *Péritonéoscopie :* foie d'aspect normal avec un lobe de Riedel descendant jusqu'à la fosse iliaque droite. Entre le bord inférieur du foie et le lobe de Riedel, s'enchâsse une grosse vésicule biliaire tendue.

— *Diagnostic péritonéoscopique :* Hydrocholécyste d'origine lithiasique. La radio-manométrie biliaire per-opératoire confirme le diagnostic de péritonéoscopie.

CAS N° 21. — M. X... (Nord-Africain - 18 ans). Présente une douleur de l'hypocondre droit. La cholécystographie est normale. La péritonéoscopie pratiquée le 26-2-54 montre un foie et une vésicule biliaire normaux. L'examen péritonéoscopique et radiographique permettent d'éliminer la participation biliaire de ce syndrome douloureux.

*
* *

CAS N° 22. — M^me F... Entre à l'hôpital pour douleur de l'hypocondre droit. Des radiographies de l'estomac, du colon, des voies biliaires sont strictement normales. Les selles sont normales. Les explorations fonctionnelles du foie sont normales. L'exploration pancréatique (lipase duodénale, amylasémie) est normale. On note de l'anxiété et du nervosisme.

— *Péritonéoscopie* : 4-3-54.

Foie normal. Vésicule biliaire normale. La péritonéoscopie s'accompagne de réactions émotives sans rapport avec l'examen.

— *Conclusion :* on élimine chez cette malade une lésion des voies biliaires. Les troubles ressentis par la patiente doivent être mis sur le compte d'un psychisme anormal et d'un désir de cessation de tout travail.

*
* *

CAS N° 23. — M^me F... Entre à l'hôpital le 3-2-54, pour crises douloureuses de l'hypocondre droit. La radiographie des voies biliaires montre une vésicule exclue.

La péritonéoscopie montre une grosse vésicule biliaire tendue. Un foie d'aspect normal.

La radio-manométrie biliaire per-opératoire montre une vésicule exclue et un cholédoque normal.

*
* *

CAS N° 24. — M. M... Entre à l'hôpital le 3-3-54, pour douleur de l'hypocondre droit. On note chez ce malade un traumatisme par balle de l'hypocondre droit, il y a dix ans. Radiologiquement : petite vésicule s'évacuant bien. Colon normal. Intestin grêle normal. Epreuves fonctionnelles hépatiques normales. Radiographie pulmonaire normale. Radiographie du rachis normale. Examen neurologique normal. Radiographie gastro-duodénale normale.

— *Péritonéoscopie :* le 3-3-54.

Au niveau de la cicatrice, on note une bride de 4 à 5 cms de diamètre reliant la paroi postérieure au péritoine antérieur.

Le contact avec la partie inféro-interne de la bride très vascularisée reproduit une douleur identique aux douleurs ressenties par le malade. On pense donc à un syndrome douloureux dû à une bride cicatricielle irritante. Intervention chirurgicale (Professeur Lamy),

Ablation complète de la bride et de la cicatrice. Malgré ce, persistance de douleur identique à celle ressentie par le malade, le 3-3-54. En août 1954, une quatrième série de radiographies gastro-duodénales montre, pour la première fois, un bulbe ulcéreux. Après un traitement au lactoclase et au bismuth, les douleurs disparaissent.

*
* *

OBSERVATIONS DIVERSES

CAS N° 25. — Mme X... Présente une ascite avec épanchement pleural bi-latéral, depuis quelques semaines. La formule du liquide montre l'absence de réaction inflammatoire. Le toucher vaginal montre une masse que l'on pense être un kyste de l'ovaire.

— *Diagnostic pré-opératoire :* syndrome de Meigs.

— *Péritonéoscopie :* 23-3-54.

Ascite importante que l'on doit vider par un drain branché sur aspiration à travers le trocart de péritonéoscopie. Le péritoine pariétal comprend de nombreux nodules blanchâtres de la grosseur d'un petit pois. On note, en outre, une tumeur de l'ovaire gauche.

— *Diagnostic de péritonéoscopie :* carcinose péritonéale secondaire à une tumeur maligne de l'ovaire. Ce diagnostic a permis d'éviter une intervention qui était motivée par le diagnostic pré-opératoire.

*
* *

CAS N° 26. — Mme G... Opérée il y a plusieurs mois, pour un kyste hydatique du foie. Persistance d'un gros foie avec pesanteur de l'hypocondre droit qui nécessite son hospitalisation le 3-4-54.

— *Péritonéoscopie :* grosse adhérence de la fosse iliaque droite et de l'hypocondre droit. On doit passer par une deuxième porte d'entrée, latéro-ombilicale gauche. On note un gros foie dans lequel sont enchâssées des masses blanchâtres, arrondies, tendues, au nombre d'une trentaine au moins

— *Diagnostic péritonéoscopique :* kystes hydatiques multiples du foie

CHAPITRE VII

COMMENTAIRES

INSTRUMENTATION

L'instrumentation de FOURES nous paraît préférable à celle de ROYER pour plusieurs raisons que nous allons exposer ci-dessous :

1) Le champ visuel est beaucoup plus grand dans l'appareil de FOURES, ce qui permet d'augmenter la vision d'un plus grand nombre d'organes.

2) La mobilité de l'ampoule permet, comme l'a signalé CAROLI, de servir d'écarteur, ce qui évite la création de porte d'entrée supplémentaire.

Toutefois, les écarteurs peuvent être ajoutés à l'instrumentation de FOURES dans les cas suivants :

a) **Côlon transverse, péri-hépatique.** — Dans ce cas, la tige unique de la lampe ne suffit pas à abaisser le côlon, et il nous paraît alors intéressant de l'abaisser à l'aide de deux écarteurs.

b) Pour l'examen de l'estomac, les mêmes remarques sont à faire.

Le matériel de la péritonéoscopie est stérilisé au formol en prenant soin de démonter les pièces de l'appareil pour que les vapeurs de formol puissent pénétrer largement.

Toutefois, quand on a fait une péritonéoscopie chez un malade qui avait une ascite, il y a assez souvent un reflux de liquide d'ascite dans le trocart d'insufflation et le tuyau de caoutchouc qui lui est adapté. Dans ce cas, pour éviter au maximum les risques d'une hépatite d'inoculation (mauvaise pénétration possible des vapeurs de formol dans le caoutchouc), il y a avantage à stériliser à l'autoclave l'appareillage d'insufflation.

TECHNIQUE

1) **Création du pneumopéritoine. — Pour sa création, l'appa**reil à pneumothorax ne nous paraît pas absolument indispensable. On peut se servir, comme dans l'instrumentation de ROYER, d'une

simple poire à insufflation avec un tuyau de caoutchouc sur lequel on intercale un tube de verre bourré de coton qui sert de filtre.

Il nous paraît impossible de fixer une quantité d'air à insuffler, c'est essentiellement par la palpation de l'abdomen et par son degré de tension qu'un observateur entraîné jugera la quantité de gaz suffisante.

Le meilleur signe de position correcte du trocart est la disparition rapide de la matité hépatique. Chez les sujets maigres à parois hypotoniques moulant les anses intestinales, on suit d'ailleurs très bien le décollement de la paroi et des viscères par l'air insufflé.

En cas d'ascite, il y a intérêt à évacuer au préalable le liquide le plus complètement possible. Cependant, si une ascite hémorragique ou à liquide opalescent gêne l'examen, l'existence d'un liquide clair n'est pas un obstacle et permet, au contraire, une vision immergée très facile des organes profonds.

2) **Introduction de l'appareillage.** — Comme le signalent les auteurs, la porte d'entrée doit varier avec chaque malade.

On a avantage à ne pas ponctionner sur la lésion à observer, mais à un bon travers de main.

L'utilisation d'une table mobile dans le sens longitudinal et latéral est très utile.

Toutefois, vu la bénignité de l'examen quand la table n'est pas mobile dans le sens latéral, il est très simple, après avoir légèrement dégonflé le pneumopéritoine et dirigé l'optique à fond dans l'hypocondre gauche, de demander au malade de se mettre, lui-même, dans la position de décubitus latéral droit. Dans ces conditions, les viscères digestifs se déplacent vers la droite et il est presque toujours possible d'observer la rate, même quand elle est normale, et sans utilisation d'aucun écarteur.

Il nous a semblé préférable de ne choisir la porte de pénétration qu'après avoir insufflé le pneumopéritoine ; en effet, dans ce cas, des adhérences serrées se traduisent par une dépression de la paroi, surtout chez les sujets maigres, et on a alors plus de chances de pénétrer en péritoine libre.

3) **Préparation du malade et observation après la péritonéoscopie.** — Pour la plupart des malades, aucune préparation préopératoire.

Chez les malades très émotifs, on a avantage à faire une petite préparation avec 5 cgr. de gardénal la veille au soir de l'exploration, et 5 cgr. le matin.

L'avantage de ce moyen d'exploration est très appréciable car le malade peut rentrer chez lui tout de suite après la laparoscopie.

On fait une petite anesthésie locale à la demande avec de la syncaïne à 1 %.

Dans les suites, aucune indication si ce n'est l'ablation de l'agrafe deux à trois jours après la péritonéoscopie.

***

INDICATIONS

1) **Cirrhose.** — Dans un certain nombre d'observations de cirrhose, le diagnostic avait été fait avant la péritonéoscopie.

Les premières de ces observations ayant été réalisées essentiellement dans un but d'éducation de l'œil de l'endoscopiste, il ne nous a pas paru utile de les rapporter dans ce travail.

Malgré que l'on puisse, dans un grand nombre de cas, faire le diagnostic clinique de cirrhose hépatique, la péritonéoscopie apporte cependant un certain nombre de renseignements intéressants :

A) L'aspect caractéristique du foie cirrhotique à petits ou gros nodules est facilement décelé. La palpation du foie avec la lampe du péritonéoscope permet facilement de se rendre compte de la dureté de ce foie.

La sclérose est bien visible par l'accentuation de la trabéculation. On pourra se reporter à nos observations pour constater qu'à plusieurs reprises, dans des cas de cirrhose à gros nodules, la laparoscopie nous a permis d'écarter un cancer du foie que suggérait l'examen technique.

B) La circulation collatérale peut être appréciée par l'état du ligament rond (ce signe nous a été indiqué par le Docteur SARLES).

Le ligament rond normalement est peu vascularisé. Dans le cas d'hypertension portale d'origine hépatique au contraire, il peut être le siège de deux variétés de circulation collatérale.

1. Dans certains cas, on observe de grosses veines variqueuses.
2. Dans d'autres cas, il existe des vaisseaux de calibres bien moins augmentés, mais qui, cependant, sont très différents de l'aspect habituel.

C) La péritonéoscopie révèle souvent l'existence d'une ascite légère que la clinique n'avait pas permis de déceler.

D) Dans tous les cas de cirrhose, nous avons pu apprécier l'état de la rate en décubitus latéral droit.

En conclusion, le grand intérêt de la péritonéoscopie de la cirrhose du foie est de résoudre le diagnostic entre cirrhose nodulaire et cancer du foie.

2) **Kyste hydatique du foie.** — Bien que nous n'ayons qu'un cas observé par péritonéoscopie, cet examen a permis, avant l'intervention, de déceler la généralisation de l'échinococcose hépatique certainement très au-dessus de toute intervention chirurgicale.

Comme on connaît la fréquence de la multiplicité des K.H. du foie, et la difficulté pour le chirurgien d'être certain de ne pas en avoir laissé, nous suggérons l'intérêt de la péritonéoscopie comme examen préopératoire dans ces cas, à condition toutefois d'éliminer les kystes hydatiques trop volumineux et les K.H. infectés, susceptibles de se rompre dans le péritoine.

3) **Cancer du foie et de l'appareil digestif.** — Comme l'ont signalé les auteurs qui se sont occupés de l'opération, le diagnostic de cancer du foie a paru facile sous laparoscopie et nous avons pu dans un cas (observation N° 11, cancer de l'estomac diagnostiqué par un examen radiologique) déceler l'existence de métastases hépatiques que la clinique ne permettait pas de soupçonner.

La simplicité de la laparoscopie nous permet de confirmer l'opinion de BELLING.

Toutefois, dans un cas (observation N° 14) la péritonéoscopie a montré sur la face supérieure du lobe gauche du foie des taches blanchâtres non saillantes qui ont été interprétées comme métastases en tache de bougie d'un cancer vatérien.

Cet aspect n'a pas été retrouvé par la palpation manuelle du chirurgien au cours de l'intervention. Il est donc probable qu'il s'agit d'une erreur de l'endoscopiste, toutefois, seule l'évolution ultérieure permettra de trancher le différend.

Ceci nous permet cependant d'insister sur la difficulté d'interprétation de certains aspects, le diagnostic étant évidemment fonction de l'entraînement de l'observateur.

Dans un cas, on a pu faire le diagnostic de cancer du côlon gauche, diagnostic que l'évolution ultérieure et l'examen anatomique ont confirmés.

Toutefois, il semble, contrairement à ce qu'il se passe pour le foie, que la péritonéoscopie doit laisser échapper de nombreux cancers gastriques et intestinaux qui sont beaucoup plus facilement décelés par un examen radiologique minutieux (voir BELLING).

L'intérêt de la laparoscopie est la recherche des métastases hépatiques qui contre-indiquent l'intervention quand il n'y a pas de troubles du transit.

Comme nous l'avons vu avec les cirrhoses, la péritonéoscopie peut faire le diagnostic entre les cancers du foie et les cirrhoses nodulaires.

De plus, dans l'observation « GOUVEST » chez une malade cachectique présentant un gros foie avec une masse bombant dans le creux épigastrique (antécédent éthylique et d'amibiase intestinale guérie), la péritonéoscopie a permis de constater que la masse perçue par la palpation représentait, en réalité, un foyer d'adhérences serrées, très vraisemblablement séquelle d'une hépatite amibienne guérie. L'évolution a confirmé le diagnostic de l'endoscopiste.

4) **Syndromes ictériques.** — C'est dans les ictères que la laparoscopie nous paraît présenter le maximum d'intérêt.

Nous rappellerons seulement les observations N^{os} 13 et 14. Ces deux femmes ont présenté une évolution clinique semblable. Les épreuves hépatiques perturbées donnaient chez toutes deux des résultats identiques, pourtant l'une était porteuse d'un ictère par hépatite prolongée cirrhogène, l'autre d'un cancer vatérien ; chez celle-ci, la vésicule biliaire, masquée par le grand droit, n'était certainement pas palpable pendant les deux premiers mois de l'évolution, elle était très discutable par la suite (vésicule biliaire ? grand droit ?). C'est la laparoscopie qui a permis de rectifier le diagnostic et d'opérer cette malade.

Il est certain que si cet examen avait été pratiqué trois mois plus tôt, l'intervention chirurgicale d'exérèse (duodénopancréatectomie) aurait eu de meilleures chances de guérison définitive.

Nous confirmons donc cette opinion sur laquelle a insisté CAROLI, que le diagnostic des ictères qui traînent est un des plus difficiles de la pathologie digestive, les examens radiologiques comme les examens de laboratoire peuvent s'y trouver en défaut.

La radiologie n'apporte souvent aucun élément, dans ces cas, la péritonéoscopie doit être un examen de routine, elle permettra, comme nous venons de le voir, de redresser de nombreuses erreurs et de résoudre l'angoissant problème de l'intervention chirurgicale.

Il est, de plus, inadmissible de laisser évoluer une cirrhose cholostatique. Les éléments de diagnostics que nous pouvons déduire de notre minime expérience personnelle confirment, en tous points, ce que nous avons analysé dans la première partie de notre travail :

a) Gros foie vert de cholostase bien différent du foie rouge ou rosé de cirrhose méta-ictérique.

b) En cas de cancer des voies biliaires, la grosse vésicule que l'on doit toujours palper avec la lampe du péritonéoscope pour apprécier sa tension est un des éléments essentiels du diagnostic.

Signalons qu'il faut proscrire l'usage de la morphine et des dérivés opiacés dans la préparation ; comme nous l'avons vu dans l'observation N° 10, la morphine provoque le spasme du sphincter cystique qui détermine artificiellement une tension vésiculaire.

c) En cas de lithiase cholédocienne asymptomatique, la laparoscopie permet de déceler une vésicule biliaire scléro-atrophique, souvent accompagnée de traînées scléreuses sur la convexité du foie en regard du cholécyste.

Toutefois, l'existence d'une vésicule non inflammatoire, bien que nous n'en fournissons pas d'exemple dans nos observations, ne permettra pas d'éliminer le diagnostic de lithiase cholédocienne.

On connaît, en effet, surtout chez l'homme âgé, la possibilité de lithiase cholédocienne isolée avec voie biliaire anatomiquement normale ; cependant, dans ce cas, le tableau clinique est le plus souvent caractéristique.

Dans la série de radiomanométrie biliaire per-opératoire du Docteur Henri SARLES, le diagnostic de calcul isolé du cholédoque a toujours été facilement porté par la clinique.

5) **Syndromes douloureux des voies biliaires et de l'hypocondre droit.** — C'est également une intéressante indication de la péritonéoscopie, mais c'est aussi une indication d'exception. En effet, l'exploration moderne des voies biliaires permet le plus souvent de faire un diagnostic précis.

Cependant, nous retiendrons de nos observations les indications suivantes :

Dans le cas N° 20, le diagnostic est hésitant entre cancer du foie (diagnostic clinique le plus probable) et hydro cholécyste lithiasique.

La péritonéoscopie a confirmé cette dernière hypothèse.

Par contre, après la lecture des observations de CAROLI, l'on a, chez le malade N° 24 qui présentait un syndrome douloureux de l'hypocondre droit, après plaie par balle, recherché l'existence d'adhérences douloureuses. La péritonéoscopie a montré une large adhérence qui présentait une sensibilité exquise que le malade comparait à ses douleurs habituelles. L'ablation chirurgicale de cette zone n'a entraîné aucune modification des douleurs. Ce n'est

qu'à la cinquième série d'examens radiologiques gastro-duodénaux que l'on a eu la révélation d'un ulcère gastro-duodénal fortement impressionné par le traitement.

Il nous semble donc hasardeux de baser un diagnostic sur « l'épreuve de la douleur comparée ».

Certains cas de lithiase vésiculaire ne modifient absolument pas l'aspect anatomique de la vésicule. Cette dernière constatation ne pourra donc en aucun cas infirmer l'origine vésiculaire des douleurs.

Par contre, comme l'a signalé CAROLI, l'existence sur la convexité du foie, en regard de la vésicule, de lésions de périhépatite nous paraît être en faveur d'une cholécystite, même si la vésicule biliaire est d'aspect normal. Cependant, une observation récente du Docteur Henri SARLES, non présentée dans ce travail, permet de se demander, sans résoudre le problème, si un aspect semblable ne peut être réalisé par une colite droite.

6) **Syndromes péritonéaux.** — Le diagnostic de carcinose péritonéale est certainement l'un des plus faciles de la péritonéoscopie.

Les nodules durs, enchâssés dans le péritoine, sont caractéristiques. Rappelons que la péritonéoscopie nous a permis de redresser un diagnostic de syndrome de Meigs et de démontrer l'existence d'une carcinose péritonéale généralisée, évitant ainsi à cette malade les souffrances d'une intervention chirurgicale inutile.

Nous n'avons pas eu jusqu'à présent l'occasion d'observer des cas de péritonites tuberculeuses et nous renvoyons donc à l'étude qu'en a fait ROYER.

7) **Cholangiographie sous contrôle de la péritonéoscopie.** — Si nous n'avons cité dans ce travail aucune observation de cette technique, c'est que, comme nous allons l'indiquer, elle nous paraît dangereuse et le plus souvent inutile.

En effet, nous avons pu relever dans les observations du Docteur Henri SARLES les incidents suivants :

a) Un malade a présenté un cholépéritoine qui a nécessité une intervention avec cholécystectomie d'urgence. (Guérison).

b) La pratique de quelques cas de méthode de ROYER, immédiatement avant l'intervention, nous a montré la fréquence d'un écoulement bilieux par l'orifice de ponction. Il est vrai que cet écoulement se serait peut être tari, mais l'observation précédente nous montre cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi.

c) Un malade exploré par la méthode de ROYER et présentant une cysticite (diagnostic de cholécystographie confirmé par le ROYER et par la R.M.B. per-opératoire) a été opéré huit jours après la cholangiographie per-opératoire. On a constaté chez lui ce qui suit :

— Impossibilité de distendre sous radiomanométrie une vésicule biliaire que la cholangiographie de ROYER montrait encore extensible.

— Epaississement considérable (plus de 5 m/m) de la paroi vésiculaire. Cet état était peut-être antérieur à la ponction vésiculaire, cependant la suppression de l'élasticité vésiculaire nous donne à penser que la ponction n'était peut-être pas étrangère à cette altération de la paroi.

Cette hypothèse est d'ailleurs partiellement confirmée par la constatation chez une malade opérée dans les heures qui ont suivi l'exploration par la méthode de ROYER d'une coloration verdâtre de la vésicule biliaire autour de l'orifice de ponction, traduisant la suffusion de la bile dans la paroi vésiculaire.

Quand on connaît la précision qu'apportent les procédés radiologiques modernes et les épreuves de laboratoire dans l'exploration des voies biliaires, on peut se demander si la méthode de ROYER ne représente pas un danger bien inutile, même si les chances d'incidents avec un opérateur bien entraîné sont exceptionnelles.

Il nous semble, d'autre part, raisonnable de penser qu'en cas d'ictère rétentionnel, le risque de cholépéritoine est encore plus grand. On pourrait dans ce cas réserver la méthode de ROYER à une exploration immédiatement per-opératoire.

Il nous paraît alors plus simple de pratiquer une R.M.B. per-opératoire selon la technique de CAROLI.

*
* *

CONTRE-INDICATIONS ET INCIDENTS

Chez les malades de notre étude, on a scrupuleusement respecté les contre-indications énumérées dans notre chapitre de bibliographie ; comme nous pouvions nous y attendre, l'on a eu un minimum d'incidents.

Dans un cas de cirrhose, nous avons observé, après chute de l'agrafe, une hémorragie pariétale facilement jugulée par la pose d'un crin. Ceci incite cependant à pratiquer une étude de la crase sanguine avant la péritonéoscopie et à éliminer celle-ci dans les cas de syndromes hémorragiques trop importants.

Cette contre-indication cependant est moins rigide que dans les cas de la ponction biopsie du foie.

Au cours d'une autre observation d'une malade atteinte de cirrhose avec ascite importante, on a constaté pendant quelques jours l'écoulement de liquide d'ascite par l'orifice de ponction, ce qui évidemment mérite à peine le nom d'incident.

Par contre, chez quelques malades, on observe dans les minutes qui suivent l'acte, parfois même dans les heures, et dans un seul cas dans les jours qui l'ont suivi, une douleur généralement irradiée aux deux épaules.

Nous avons également observé un emphysème léger de la paroi abdominale qui n'a jamais diffusé au thorax et au cou, et qui a tout au plus été responsable d'une douleur locale vite calmée.

Si l'on considère que ces incidents sont survenus sur un ensemble portant sur plus de 70 péritonéoscopies pratiquées par le Docteur Henri SARLES, on peut insister sur l'extrême bénignité de cet acte, qui ne peut en aucun cas être mis en parallèle avec la relative gravité d'une laparotomie exploratrice.

CONCLUSIONS

I. — COMPLICATIONS

Peu fréquentes, on a pu constater cependant des ponctions des organes creux. Avec l'aiguille du pneumopéritoine, peu de conséquences, car la fermeture s'effectue spontanément.

Avec le trocart, la perforation est plus conséquente, mais dans les cas signalés par ROYER, la suture aussitôt exécutée, on n'a pas eu de complications.

Si le foie est gros, on risque de le léser avec le trocart d'examen, et sur les quelques cas observés, on ignore si tous ces incidents n'ont pas eu de suites graves.

Une complication observée par M. ROYER a été l'embolie gazeuse chez des malades sur lesquels, voulant modifier la technique, on a pratiqué la ponction dans le flanc droit. Dans cette circonstance, l'aiguille du pneumopéritoine ayant pénétré dans le parenchyme hépatique, les deux malades ictériques qui étaient dans un état grave ont succombé presque instantanément.

Dans la bibliographie, on trouve mentionnés deux cas de décès consécutifs à des biopsies faites avec l'appareil de RUDDOCK. Un malade est mort d'hémorragie, l'autre d'infection, car on avait ouvert un abcès intra-hépatique. Ces deux malades cancéreux présentaient des métastases cancéreuses hépatiques.

On peut mentionner, en outre, l'hématome de la paroi abdominale, la douleur passagère dans l'épaule, l'emphysème sous-cutané qui peut survenir au cou et au visage, l'écoulement persistant par l'orifice de ponction.

II. — AVANTAGES

La péritonéoscopie ne cause qu'une très petite blessure opératoire, le malade ne reste que quelques heures à l'hôpital.

L'exploration est peu traumatisante, nous citerons pour exemple le cas de M^me^ C... à qui on a pratiqué (Docteur SARLES) une péritonéoscopie alors qu'elle était enceinte de deux mois et demi.

Une grande quantité d'organes intra-abdominaux sont visibles, mais tous ne se voient pas à chaque examen.

Selon les statistiques de CHAFFE, qui a travaillé sur des cadavres, le foie est l'organe qui se voit dans les proportions de 94 %.

C'est d'ailleurs dans le domaine hépato-biliaire que l'endoscopie a été pratiquée le plus souvent.

Nous voici arrivés au terme de notre exposé, et il nous semble logique de prétendre que les problèmes diagnostiques soulevés du point de vue clinique par les affections hépato-biliaires sont éclairés d'un jour nouveau grâce à la pratique parallèle des examens cliniques, des examens de laboratoire et de la péritonéoscopie.

Nous ne prétendrons pas que la péritonéoscopie est indispensable pour établir un diagnostic ; c'est ainsi que dans un certain nombre d'observations de cirrhose, le diagnostic avait été fait avant, mais l'endoscopie apporte cependant un certain nombre de renseignements intéressants : l'aspect caractéristique du foie à gros nodules, la circulation collatérale appréciée par l'état du ligament rond, la mise en évidence d'une ascite cliniquement muette et l'appréciation de l'état de la rate.

C'est surtout lorsqu'il faudra résoudre le diagnostic entre cirrhose nodulaire et cancer du foie, que la péritonéoscopie nous sera d'un grand secours.

Dans un cancer de l'estomac, la découverte ou non par l'endoscopiste de métastases conditionnera la conduite à tenir.

Dans le syndrome ictérique, la laparoscopie nous paraît présenter le maximum d'intérêt :

C'est ainsi que nous avons vu le cas de deux malades dont les fonctions hépatiques perturbées donnaient les mêmes résultats, qui ont présenté une évolution clinique semblable mais dont le syndrome ictérique avait une étiologie bien différente : l'une était porteuse d'un ictère par hépatite prolongée cirrhogène, l'autre d'un cancer vatérien. C'est la péritonéoscopie qui a permis de rectifier le diagnostic et d'opérer cette malade.

Cependant, l'endoscopie n'est pas un moyen de diagnostic infaillible, et nous avons impartialement noté, au cours de notre exposé, quelques erreurs de diagnostic, tant dans les syndromes cirrhotiques et ictériques que dans les syndromes douloureux des voies biliaires et de l'hypocondre droit.

Dans le cas des syndromes péritonéaux, à part l'observation facile de carcinose péritonéale qui a été observée dans le service de notre maître, le Pr PIERI, l'absence de cas de péritonite tuber-

culeuse ne nous permet pas de préciser l'opportunité de la péritonéoscopie.

On a voulu attacher une trop grande importance à la cholangiographie sous contrôle péritonéoscopique, elle nous paraît dangereuse et le plus souvent inutile.

— Dangereuse, car nous avons relevé parmi les cas du Docteur Henri SARLES, quelques incidents dont le plus grave a été un cholépéritoine nécessitant la cholécystectomie d'urgence suivie, heureusement, de guérison ;

— Le plus souvent inutile, quand on connaît la précision des procédés radiologiques modernes et des épreuves de laboratoire.

Cependant, vu les services que peut rendre la péritonéoscopie, sa bénignité, le peu d'incidents relevés dans la bibliographie et les trois incidents survenus sur un ensemble portant sur plus de 70 examens pratiqués par le Dr Henri SARLES, il nous a paru intéressant de faire une rapide mise au point sur ce mode d'exploration clinique qui, nous l'espérons, aura une large application dans le cadre des indications que nous avons énoncées au cours de notre exposé, chaque fois que l'examen clinique se montrera hésitant.

Vu et approuvé
Le Président de Thèse,
signé : PIERI

Vu et approuvé
Le Doyen,
signé : MORIN

Vu et permis d'imprimer,
Aix, le ..16.1.56.....
Le Recteur de l'Académie,
signé : J. BLACHE

BIBLIOGRAPHIE

BELLING C.A. — *Arch. of Surg.*, 42, 872, 1941.

BENEDICT E.B. — *Amer. J. Dig. Dis.*, 6, 5, 12, 1939.

BENEDICT E.B. — *New England J. Med.*, 230, 125, 1944.

BERNHEIM B.M. — *Ann. of Surg.*, 52, 764, 1911.

CAROLI, A. FOURES et M^lle P. RICORDEAU. — *Presse Médicale*, 16 juin 1954.

CAROLI. — *Marseille Médical*, n° 4, 1954.

CASTEX M.R., MAGGI A. et STOCKERT H.E. — *Prensa Med. Argo.*, 2, 107, 1941.

CHAFFE J.S. — *Ann. of Surg.*, 16, 843.

HAMILTON J.E. — *Ann. J. Surg.*, 54, 668, 1941.

JACOBEUS H.C. — *Munch. Med. Wsch.*, 57, 2090, 1910.

KALK H. — *Dent. Med. Wsch.*, pp. 1831, 1939.

KELLING G. — *Münch. Med. Wsch.*, 49, 21, 24, 1902.

LEE W.Y. — *Rev. of Gastroent*, 9, 133, 1942.

OLIM C.B. — *Surgery*, 10, 391, 404, 1941.

ROYER M. y SOLARI A.V. — *Arch. Arg. App. Digest*, 18, 4, 78, 1943.

ROYER M. y SOLARI A.V. — *Gastroenterdoyggy*, 2, 180, 1944.

ROYER M. y SOLARI A.V. — *Rev. Asoc. Med. Arg.*, p. 1004, 1946.

ROYER M., SOLARI A.V. y LEMOS GARCIA M. — *Arch. ebg. Ap. Dig.*, 21, 36, 1945.

ROYER M. y SOLARI A.V. — *Gastroenterology*, 9, 586, 1947.

ROYER M. — Première Journée Panaméricaine de Gastroenterologie, *Bs. as*, 1948, p. 605.

RUDDOCK J.C. — *Surg. Gyn. and obst.*, 65, 623, 1937.

WERSHUB L.P. — *Bull. New-York.* M. Coll. Flower and Fifth., Av. Hesp., 6, 107, 112, 1943.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.